



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**JANAINA BRUGNERA GOTO**

**REVISÃO SISTEMÁTICA DOS ESTUDOS  
EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE DISCRIMINAÇÃO  
INTERPESSOAL E SAÚDE MENTAL**

**Florianópolis**

**2011**

**JANAINA BRUGNERA GOTO**

**REVISÃO SISTEMÁTICA DOS ESTUDOS  
EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE DISCRIMINAÇÃO  
INTERPESSOAL E SAÚDE MENTAL**

**Trabalho apresentado à Universidade Federal  
de Santa Catarina, como requisito para a  
conclusão do Curso de Graduação em  
Medicina.**

**Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2011**

**JANAINA BRUGNERA GOTO**

**REVISÃO SISTEMÁTICA DOS ESTUDOS  
EPIDEMIOLÓGICOS SOBRE DISCRIMINAÇÃO  
INTERPESSOAL E SAÚDE MENTAL**

**Trabalho apresentado à Universidade  
Federal de Santa Catarina, como  
requisito para a conclusão do Curso de  
Graduação em Medicina.**

**Presidente do colegiado: Prof. Carlos Eduardo Pinheiro**

**Professor orientador: Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos**

**Florianópolis**

**Universidade Federal de Santa Catarina**

**2011**

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço inicialmente a meus pais, pelo carinho e incentivo de cada um, que à maneira própria, transmitem a segurança que me trouxe até este ponto. A meu pai, Jackson Goto, por ter ensinado o valor da ética e da família. À minha mãe, Silvia Helena Brugnera, pelo amor e apoio incondicionais.

Ao Prof. Dr. João Luiz Dornelles Bastos, pela orientação responsável e competente, e pelo estímulo constante, um perfeito exemplo de reforço positivo, no sentido de aperfeiçoamento do trabalho de seus orientandos.

À minha família – incluindo a carinhosamente chamada Turma da Kombi – por demonstrar, a cada encontro, que a união nos garante forças para seguirmos em frente.

Aos meus anjos disfarçados de amigas: Natalia de Alcântara Zimmermann, exemplo de disciplina e resiliência, com quem compartilho a residência, as aventuras, as alegrias e as tristezas; Patricia Dumke da Silva, pelos incontáveis momentos descontraídos e conselhos prudentes, que, combinados, tornam todas as outras coisas mais simples; Elaine Magalhães, por ser um exemplo de determinação, mas acima de tudo, por seu entusiasmo e amor contagiantes.

A Jean Carlo Brione de Barros, meu namorado, por me ensinar a cada dia como ser uma pessoa melhor.

Ao meu irmão, Jackson Brugnera Goto – Kinho, em quem me espelho pela capacidade de transformação, na tentativa de seguir os princípios em que se acredita.

Ao meu colega Paulo Couto, pela contribuição feita a este trabalho, e pela parceria, competência e dedicação que tem demonstrado.

## RESUMO

**Objetivo:** Este trabalho objetivou caracterizar os estudos epidemiológicos que avaliaram a relação entre discriminação interpessoal e condições de saúde mental, atualizando revisões de literatura previamente conduzidas sobre o tema.

**Métodos:** Foram identificados artigos publicados entre janeiro/2000 e dezembro/2010 na base PubMed, relatando avaliações empíricas da relação entre discriminação e desfechos de saúde mental.

**Resultados:** Selecionaram-se trinta e cinco artigos, dos quais grande parte utilizou amostras de conveniência e o delineamento transversal. Observaram-se, majoritariamente, associações positivas e estatisticamente significativas entre a discriminação e as condições adversas de saúde mental, especificamente o uso de substâncias, depressão, e os transtornos associados ao uso de álcool. Pouco mais de um terço dos estudos utilizou referencial teórico específico para interpretar as relações examinadas.

**Conclusão:** Similarmente às revisões prévias, pode-se afirmar que as experiências discriminatórias se associam positiva e consistentemente com desfechos adversos de saúde mental. Entretanto, investigações futuras deverão empregar delineamentos mais robustos em termos de inferência causal, utilizar instrumentos de aferição da discriminação com boas propriedades psicométricas, e adotar referencial teórico específico para interpretar os resultados encontrados.

**Palavras-chave:** Revisão; Preconceito; Estudos Epidemiológicos; Saúde Mental; Causalidade.

## **ABSTRACT**

**Objective:** The objective of this study was to characterize epidemiological investigations assessing the relationship between interpersonal discrimination and mental health outcomes, updating previous literature reviews on the topic.

**Methods:** Papers published between January/2000 and December/2010 in PubMed database, empirically assessing the association between discrimination and mental health were identified.

**Results:** Thirty five articles were included, most of which were based on participants selected through convenience sampling, using the cross-sectional design. The majority of the studies reported positive and statistically significant associations between discrimination and adverse mental health outcomes, specifically use of substances, depression, and alcohol-related disorders. Only one third of the studies explicitly adopted a specific theoretical framework to interpret the examined relationships.

**Conclusion:** Mirroring previous reviews, this study showed that discrimination is positively and consistently associated with adverse mental health outcomes. However, future investigations should employ robust designs in terms of causal inference, use discrimination instruments with acceptable psychometric properties, and adopt theoretical frameworks to interpret their findings.

**Keywords:** Review; Prejudice; Epidemiologic studies; Mental disorders; Causality.

## INTRODUÇÃO

A discriminação tem impacto considerável sobre os grupos contra os quais é praticada, implica negação de seus direitos e afeta sua individualidade<sup>1</sup>. Conceitualmente, a discriminação pode ser entendida como um “tratamento diferencial e frequentemente desigual a pessoas, formal ou informalmente agrupadas em uma categoria particular. [...] Apesar de ser amiúde uma ação individual, é também um padrão social de comportamento agregado”<sup>2</sup>. Ações discriminatórias envolvem preferências culturais e são enraizadas em atitudes cotidianas, geralmente apoiadas por tradições de longa duração<sup>3</sup>. Algumas formas de discriminação têm sido descritas na literatura. Particularmente, a discriminação interpessoal, que consiste no foco desta revisão, é entendida como um ato isolado, realizado por um indivíduo com base em seus preconceitos pessoais<sup>4</sup>.

A investigação com enfoque na discriminação como um fator determinante de condições e comportamentos em saúde tem ocorrido com base em estudos empíricos, publicados principalmente a partir da década de 1980<sup>5</sup>. As revisões de literatura sobre o assunto têm demonstrado associação das experiências discriminatórias com condições e comportamentos adversos, como hipertensão; falta ao trabalho por motivo de doença<sup>6</sup>; aterosclerose<sup>7</sup>; condições adversas de saúde mental<sup>6-13</sup>; tabagismo; alcoolismo<sup>7,11</sup>; uso de outras drogas<sup>11</sup>; problemas de conduta; e comportamentos classificados como “delinquentes”<sup>11</sup>. Discriminação relatada por mães também tem sido associada a desfechos negativos da gestação, como filhos com baixo<sup>6</sup>, muito baixo peso ao nascer, e prematuros<sup>11</sup>.

Têm sido descritos três mecanismos através dos quais as experiências discriminatórias poderiam afetar a saúde<sup>12-13</sup>. Todos consideram as experiências discriminatórias como formas de estresse relativamente imprevisíveis e de caráter tanto agudo quanto crônico. Em primeiro lugar, a discriminação afetaria a saúde de forma direta, provocando distúrbios psicológicos e agravos mentais, como a ansiedade e sintomas depressivos. Segundo, através de adoção de comportamentos deletérios à saúde, como tabagismo; ou abandono de comportamentos saudáveis, como boa alimentação, atividade física e aderência a tratamentos medicamentosos. Finalmente, através das respostas fisiológicas do organismo ao estresse, incluindo alterações

relacionadas aos aparelhos cardiovascular e gastrointestinal, sistema neuroendócrino, e função imunológica, sensibilidade a dor e dor crônica <sup>12-13</sup>.

Os resultados mais consistentes observados nesses estudos são aqueles para desfechos de saúde mental <sup>6-13</sup>. Williams et al. <sup>7</sup>, numa revisão de 32 estudos originais, observaram que 80% (N = 26) daqueles que avaliaram a relação entre discriminação e distresse psicológico demonstraram associação positiva entre essas variáveis, e, dos 22 estudos que avaliaram outros desfechos de saúde mental, 18 (82%) também relataram associações na mesma direção. Por sua vez, Paradies <sup>9</sup> observou que, em 72% das 148 vezes em que desfechos de saúde mental foram avaliados nos estudos revisados, notou-se uma relação positiva e estatisticamente significativa destas condições com experiências discriminatórias.

Uma revisão de Pachter & Coll <sup>11</sup> sobre *racismo* – incluindo discriminação – e saúde infantil identificou 26 estudos que o associaram com problemas de saúde mental/comportamental, tais como depressão e uso de substâncias, como tabaco, álcool e drogas ilícitas. Keyes <sup>10</sup>, em trabalho eminentemente teórico, apresentou resultados de estudos com amostra representativa dos Estados Unidos (“Midlife in the United States – MIDUS”), que demonstraram associação entre discriminação e desfechos de saúde mental. Um deles apontou forte associação da discriminação com níveis reduzidos de bem-estar psicológico; outro, com risco e prevalência aumentados de desfechos adversos de saúde mental.

Pascoe & Smart-Richman <sup>12</sup>, por sua vez, observaram, além da associação entre discriminação e pior estado de saúde mental, que essa relação parece ser igualmente forte para todos os tipos de desfechos de saúde mental avaliados. De 107 estudos que avaliaram um total de 500 associações da discriminação com a saúde mental, 448 (90%) demonstraram que níveis mais altos de discriminação percebida estiveram associados a estados de saúde mental negativos, sendo que 69% (N = 345) destas associações foram estatisticamente significativas.

Apenas uma revisão de literatura <sup>8</sup> avaliou exclusivamente desfechos de saúde mental e sua relação com experiências discriminatórias. Neste trabalho, foram analisados 15 estudos, sendo que, em todos eles, a discriminação atuou como fator deletério para as condições de saúde mental avaliadas. Os desfechos estudados incluíram, por exemplo, distresse psicológico, sintomas depressivos, satisfação com a



vida e felicidade. Essa revisão apresentou informações de cada estudo original acerca do país de origem, o ano de publicação, a caracterização etnicorracial dos participantes, o tamanho da amostra, a faixa etária dos entrevistados e o instrumento utilizado para aferir discriminação. No entanto, não foram explicitamente informados: a forma de seleção ou tipo da amostra (conveniência ou probabilística), o tipo de discriminação avaliada (interpessoal ou institucional; racial, de gênero, idade, classe etc.) e os referenciais teóricos utilizados pelos autores para interpretar as relações de interesse.

Tendo em vista essas limitações e o período de tempo decorrido desde a publicação da primeira revisão sobre o assunto, o objetivo do presente trabalho foi atualizar a revisão da literatura mencionada<sup>8</sup> e caracterizar os estudos epidemiológicos que avaliaram a relação entre discriminação e condições de saúde mental quanto ao tipo de discriminação mensurada e os referenciais teóricos acionados para interpretar as relações de interesse. Espera-se, com esta revisão, descrever o estado atual das pesquisas epidemiológicas sobre discriminação e desfechos de saúde mental, identificando fragilidades e lacunas neste conhecimento, as quais deverão ser enfrentadas por pesquisas futuras na área.

## MÉTODOS

Foi conduzida uma pesquisa eletrônica exclusivamente na base PubMed, para localizar estudos epidemiológicos que avaliaram a relação entre discriminação e condições adversas de saúde mental, com ênfase em transtornos de humor, ansiedade e associados ao uso de substâncias, publicados de 2000 a 2010. A busca foi realizada sem a imposição de outros limites, como sexo, idade dos participantes ou idioma da publicação. Para a construção da chave de busca, foi consultado o tesauro da base bibliográfica, de modo a encontrar os termos controlados (*MeSH – Medical Subject Headings*), que melhor identificassem os trabalhos a serem incluídos na revisão. Foi realizada consulta à estrutura hierárquica do tesauro, optando-se pelos termos mais amplos, isto é, pertencentes aos níveis mais altos das árvores analisadas. Também foi incluído um termo livre para aumentar a sensibilidade da chave de busca, que segue: (*"prejudice"[mesh] or "discrimination"[tiab]) and ("anxiety disorders"[mesh] or "mood disorders"[mesh] or "substance-related disorders"[mesh]*).

Esta chave resultou em 1.118 publicações, em busca realizada em 29/06/11. Os títulos e, se necessário, os resumos, e na ausência deste, o texto completo, foram analisados quanto à relevância para inclusão na revisão. Referências bibliográficas de artigos selecionados não foram checadas, tampouco foram consultados especialistas no assunto para localizar artigos não publicados. Incluíram-se estudos epidemiológicos que apresentassem uma medida de discriminação interpessoal autorrelatada como principal exposição ou mediador, e que avaliassem condições de saúde mental como desfechos. Os estudos que enfocaram a prevalência de condições de saúde mental em diferentes grupos étnicorraciais, sem avaliar as experiências de discriminação, foram excluídos. Essa exclusão se estendeu àqueles trabalhos que abordaram, como exposições, conceitos relacionados como preconceito e estigma. Também foram excluídos os estudos que avaliaram a discriminação direcionada a portadores de condições psiquiátricas.

Foram examinados, então, os textos completos dos artigos selecionados. A primeira autora procedeu a extração de dados com um formulário especificamente desenvolvido para atender aos objetivos da revisão, e testado previamente numa amostra de cinco artigos, em conjunto com os demais autores (orientador e outro orientando da mesma área de estudo). Divergências na extração de dados foram discutidas até que se obtivesse consenso. Extraíram-se informações acerca do ano de publicação, país de origem, periódico, tamanho e forma de seleção da amostra, sexo, faixa etária e caracterização étnicorracial dos participantes, tipo de discriminação mensurada, referenciais teóricos utilizados pelos autores originais e fatores mediadores e moderadores das associações. Por referencial teórico entende-se um modelo explicativo que se utiliza de conceitos e relações para a proposição e interpretação de associações entre fenômenos. Fator mediador pode ser compreendido como uma terceira variável ou constructo que intervém entre dois constructos relacionados – exposição e desfecho –, produzindo uma relação indireta ou mediada. Representa o mecanismo através do qual a variável independente é capaz de influenciar a variável dependente. Por fator moderador compreende-se um terceiro constructo que modifica a direção ou a consistência da relação entre duas variáveis.

Em relação às associações, a direção, a significância estatística e o grupo populacional em que foram avaliadas foram igualmente registrados. A direção de associação foi classificada em positiva (relações diretamente proporcionais), negativa

(associações inversamente proporcionais), e sem associação (ocorrência do desfecho não varia de acordo com as categorias da exposição à discriminação). A direção ou forma de associação foi descrita para todos os cruzamentos realizados, e não somente para aqueles identificados como estatisticamente significativos. Isto permitiu estimar a proporção de associações estatisticamente significativas, entre todas aquelas avaliadas pelos estudos originais. Sempre que possível, foram consideradas as associações que tivessem sido ajustadas para fatores de confusão em modelos de regressão multivariáveis.

Os dados produzidos foram digitados, uma única vez, com auxílio do programa EpiData, versão 3.1, com controles automáticos de consistência e amplitude (a planilha resultante desta digitação está disponível, mediante consulta aos autores). Os dados foram analisados com o pacote estatístico Stata, versão 11.1, por meio de frequências absolutas e relativas. A direção e a significância estatística das associações testadas foram apresentadas em uma tabela de contingência.

## RESULTADOS

Um total de 34 artigos <sup>14-47</sup> preencheu os critérios de inclusão desta revisão. A maioria foi publicada entre 2008 e 2010 (56%), nos Estados Unidos da América (94%), conforme apresentado na Tabela 1. Os periódicos com maior número de estudos publicados foram *Journal of Youth & Adolescence*, *American Journal of Public Health* e *Journal of Health & Social Behavior*, todos com três publicações cada. Quanto ao tipo de estudo, a maioria (82%) utilizou desenho transversal, e os outros seis (20%) foram longitudinais. Grande parte dos estudos utilizou amostras selecionadas por conveniência (68%), com 1.001 a 34.653 indivíduos (n=17). Adolescentes e adultos representaram a faixa etária estudada em 44% dos trabalhos (n=12), apenas adolescentes, em 11% (n=3) e crianças, adolescentes e adultos, em 11% (n=3). Na maioria dos estudos (88%), indivíduos de ambos os sexos foram estudados, com exceção de três, que investigaram somente participantes do sexo feminino, e um, exclusivamente sujeitos do sexo masculino. Cerca de 50% dos estudos (n=16) abrangeram múltiplos grupos étnicorraciais, 21% estudaram exclusivamente negros (n=7) e 12% estudaram exclusivamente latinos (n=4). Três artigos classificaram os participantes quanto à orientação sexual, destes, dois incluíram participantes heterossexuais. As demais

categorias utilizadas para a classificação referiram-se aos comportamentos que diferem da heterossexualidade – dois estudos utilizaram categorias diferentes para participantes bissexuais com preferência por homossexualidade, e bissexuais com preferência por heterossexualidade (Tabela 2).

Conforme a Tabela 3, as escalas mais utilizadas foram *Experiences of Discrimination*, em seis artigos, e *Schedule of Racist Events*, em três artigos. Pouco mais de um quarto dos estudos não utilizou escala previamente elaborada para medir a exposição de interesse (n= 9). Dois estudos serviram-se simultaneamente de dois instrumentos para avaliar as experiências discriminatórias, enquanto os demais, apenas um. Em 74% dos estudos, o tipo de discriminação primariamente avaliado foi a etnicorracial (n=25), seguida da discriminação por orientação sexual, em 12% dos estudos (n=4), e de gênero, em 6% dos trabalhos (n=2). A discriminação por múltiplas motivações foram examinadas em dois estudos. Um único artigo não explicitou essa informação. O período/modo de exposição à discriminação mais avaliado pelos estudos foi “ao longo da vida” em nove deles, seguido de “crônica diária” e “no último ano” em quatro estudos cada.

Conforme apresentado na Tabela 4, foram analisadas 66 relações entre a exposição e os desfechos, das quais 50 (76%) foram positivas, sem restrição a qualquer dos grupos de indivíduos investigados. Dentre as demais (n=16), dez associações foram positivas, mas condicionais a determinados estratos populacionais, quatro não apresentaram associação, e duas evidenciaram associação negativa. Os desfechos avaliados em relação às experiências discriminatórias foram categorizados pelos autores desta revisão em nove grupos. Entre os desfechos mais estudados, estão o uso de substâncias, com 21 (32%) do total de associações testadas, a depressão, e os transtornos associados ao uso de álcool, cada um dos últimos com 13 (20%). Diferentemente dos demais, os desfechos referentes à ansiedade, uso de substâncias e uso de álcool apresentaram, cada um, uma associação positiva estatisticamente não significativa, correspondendo, respectivamente, a 25%, 6% e 14% do total de associações testadas. As associações positivas condicionais ocorreram em homens, mulheres, brancos, negros/afroamericanos, hispânicos, e originários do sudeste-asiático. Dentre as 66 associações, um total de 15 foram provenientes de estudos longitudinais. Destas, nove foram positivas globais, duas foram positivas condicionais e quatro não

apresentaram qualquer direção. Onze das associações testadas avaliaram desfechos referentes ao uso de substâncias. De modo geral, as associações estudadas indicaram que o relato mais frequente de experiências discriminatórias esteve associado com maior ocorrência dos desfechos adversos avaliados.

Pouco mais de um terço (34%) dos estudos utilizou referencial teórico específico para interpretar as relações examinadas. Um dos referenciais teóricos utilizados por parte dos autores trata de estratégias de enfrentamento, que explicariam, por exemplo, maiores taxas de uso de substâncias entre indivíduos que relatam mais experiências discriminatórias. Entre outras, as estratégias de enfrentamento incluíram avaliação menos negativa da experiência discriminatória, e ruminação – referindo-se à lembrança repetitiva de determinado evento. Modelos teóricos específicos, que também acionam a temática do *enfrentamento* são o Modelo Integrativo, proposto por Garcia-Coll et al.<sup>27</sup>, e o Modelo de Estresse e Enfrentamento, de Folkman & Lazarus<sup>41</sup>. Outros referenciais teóricos utilizados foram o *Minority Stress Model*, de Meyer<sup>36</sup>, *Cognitive Models of Depression*, de Abramson et al.<sup>34</sup>, *The stress model of prejudice and discrimination*, de Clark et al.<sup>30</sup> e o Modelo de Hurh & Kim<sup>42</sup>, que afirma que, para minorias étnicas, a marginalidade e as barreiras institucionais tornam-se especialmente nocivas para a saúde mental do indivíduo, em períodos iniciais de adaptação e após longo período de residência nos Estados Unidos.

Os trabalhos que analisaram desfechos relacionados ao trauma citam, como referenciais teóricos, o Modelo de Psicopatologia do Desenvolvimento do Trauma<sup>24</sup>, e Estresse Traumático Baseado em Raça, de Carter<sup>48</sup>. Esse último modelo teoriza que grande parte do trauma associado à discriminação étnica e/ou racial estaria relacionado a uma percepção do evento como emocionalmente doloroso, negativo, repentino e fora do controle do indivíduo, critérios estes que são consistentes com a definição de trauma de Carlson<sup>26,39</sup>. Também foram citados como referenciais o Fenômeno de Auto-culpa<sup>38</sup> e o *Rejection-Identification Model*<sup>32</sup>.

Dentre os estudos que adotaram algum referencial teórico, dez estudos avaliaram potenciais mediadores e/ou moderadores dos efeitos das experiências discriminatórias em relação aos desfechos examinados. Foi relatada moderação sobre o uso de substâncias por aculturação linguística e tempo de residência nos Estados Unidos<sup>33</sup>, presença de pais apoiadores<sup>29</sup>, e autoestima elevada<sup>16</sup>. Um estudo<sup>41</sup> relatou que

raça/etnia moderou a relação entre a discriminação de gênero, estresse e uso de drogas durante a vida, exclusivamente para o subgrupo de mulheres latinas. Mediadores relatados incluíram raiva<sup>29,43</sup>, comportamento classificado como “delinquente”<sup>43</sup>, e hostilidade<sup>29</sup>. O estudo de Almeida et al.<sup>15</sup>, diferentemente dos demais estudos, avaliou a discriminação percebida como fator mediador entre o status de ser gay/lésbica/bissexual/transgênero e três desfechos associados à depressão. Este encontrou mediação positiva para os três desfechos, porém, com maior significância estatística para jovens do sexo masculino. Em outras palavras, a discriminação consistiu em fator que liga o status de ser gay/lésbica/bissexual/transgênero e os desfechos mencionados, especialmente em indivíduos jovens do sexo masculino.

## DISCUSSÃO

Uma maior quantidade de artigos publicados nos últimos anos analisados evidencia um interesse crescente dos pesquisadores pelo assunto. O periódico com o maior número de publicações, *Journal of Youth & Adolescence*, é direcionado a um público multidisciplinar, interessado no tema da juventude e da adolescência e publica preferencialmente artigos que valorizam as implicações políticas decorrentes do trabalho. Em segundo lugar no que se refere ao número de publicações, o *American Journal of Public Health* é a revista oficial da Associação Americana de Saúde Pública (APHA), e tem como um de seus objetivos publicar as melhores pesquisas científicas no campo da saúde pública; e o *Journal of Health & Social Behavior*, um periódico de sociologia médica, que veicula artigos que aplicam conceitos e métodos sociológicos para a compreensão da saúde e temas associados. A política editorial deste último periódico privilegia estudos que fomentam a compreensão teórica dos processos pelos quais os fatores sociais e de saúde humana estão inter-relacionados.

A condução da maioria dos estudos nos Estados Unidos da América revela uma concentração de trabalhos sobre esse tema no país, bem como a necessidade de que investigações semelhantes sejam conduzidas em outros contextos. Estas seriam importantes para checar se os resultados encontrados naquele país seriam também consistentes em outras circunstâncias.

Os resultados de associação dos estudos de coorte indicam não apenas que experiências discriminatórias estão associadas a desfechos negativos de saúde mental,

mas sugerem mais fortemente que a exposição pode estar entre os fatores causais das condições e comportamentos adversos de saúde analisados. Quanto ao desenho transversal da maioria dos estudos, deve-se salientar uma limitação importante desse tipo de delineamento. Considerando que, nos estudos transversais, tanto a exposição quanto os desfechos são aferidos em um único momento no tempo, torna-se impossível avaliar se a exposição foi anterior ou posterior ao desfecho. Isto limita o estabelecimento de relações temporais (e causais) entre os fatores, por exemplo, a experiência discriminatória e o uso de substâncias. Com relação ao tipo de amostragem, apesar de amostras representativas terem sido utilizadas em dez casos, a maior parte selecionou os participantes por conveniência, impossibilitando que os resultados encontrados sejam generalizados para populações-alvo previamente identificadas.

O tamanho das amostras, expressivo em parcela significativa dos estudos, demonstra esforço dos pesquisadores em conduzir trabalhos com resultados mais precisos. O estudo de indivíduos pertencentes a amplas faixas etárias permite uma análise dos efeitos da discriminação nas diferentes fases da vida dos indivíduos. Por outro lado, a utilização de um mesmo instrumento de aferição de experiências discriminatórias, aplicados simultaneamente a indivíduos de faixas etárias diferentes pode implicar uma avaliação menos rigorosa das experiências discriminatórias, tendo em vista que estas tendem a ser marcadamente distintas ao longo do ciclo vital.

Os estudos com múltiplos grupos étnicorraciais, correspondentes à metade dos trabalhos revisados, permitem identificar diferentes resultados para cada grupo populacional. Apesar de reconhecer que motivações distintas geram experiências discriminatórias diferentes, a literatura sugere utilização de amostras com diversidade étnicorracial <sup>11</sup>. Note-se que, para isso, é fundamental que os instrumentos utilizados tenham sido elaborados com esse objetivo. Estudos com apenas um grupo étnicorracial avaliaram principalmente populações negras ou latinas, demonstrando que ainda há um interesse maior dos pesquisadores por esses grupos populacionais em relação aos demais. Quanto à classificação dos participantes por orientação sexual, apesar de ter sido realizada em apenas três estudos, não foi uniforme. Assim como para a classificação por grupo étnicorracial, cada estudo utilizou uma categorização própria, não consistente entre os estudos.

A escala mais utilizada, *Experiences of Discrimination (EOD)*, é um instrumento curto, com nove itens, baseado em instrumento prévio, aplicado no estudo *Coronary Artery Risk Development in Young Adults (CARDIA)* <sup>49</sup>. Foi desenvolvido e testado quanto à validade e confiabilidade por Krieger et al. <sup>50</sup>. A pergunta inicial feita ao participante questiona se ele “já sofreu discriminação, foi impedido de fazer algo, foi perturbado ou feito sentir-se inferior”, em alguma das nove situações listadas, por sua raça, etnia ou cor. As situações são: na escola, procurando emprego, no trabalho, procurando moradia, buscando atendimento médico, recebendo serviços em um restaurante ou loja, solicitando crédito, empréstimo bancário ou hipoteca, na rua ou em um local público, da polícia ou em tribunal / da justiça. Para resposta positiva em cada situação, segue a pergunta sobre o número de vezes que isso aconteceu (com três opções de resposta: uma vez, duas ou três vezes, quatro ou mais vezes). O instrumento apresentou alta confiabilidade (avaliada pelo coeficiente alfa de Cronbach igual ou maior que 0,74, e coeficiente teste-reteste igual a 0,70), e alta validade (constatada pela mais alta correlação com um construto de discriminação basal, em comparação com outros instrumentos de aferição de experiências discriminatórias). Entretanto, Conde & Gorman <sup>51</sup> criticam este instrumento por ser extremamente genérico, e por considerarem que a pergunta inicial agrupa em um constructo único diversos tipos de experiências, que podem ter efeitos distintos sobre a saúde.

A segunda escala mais utilizada, *Schedule of Racist Events (SRE)* <sup>52</sup>, é um questionário de autorrelato com 18 itens, que avalia a frequência de eventos discriminatórios racistas recentes (no último ano) e durante toda a vida do indivíduo, e mede o grau em que essa discriminação foi avaliada como estressante para o próprio respondente. Cada um desses três módulos forma uma subescala específica. Os cálculos para cada subescala demonstraram alta confiabilidade (através de coeficientes de consistência interna maiores que 0,93 e da técnica de metades partidas – *split-half* –, com coeficientes maiores que 0,90).

Os resultados dos trabalhos revisados indicam que existe uma associação entre discriminação autorrelatada e condições negativas de saúde mental. A maior parte das relações examinadas confirma a expectativa dos pesquisadores, sendo estatisticamente significativas. Isto se dá de modo diferente dos resultados de estudos com desfechos de saúde física como, por exemplo, pressão arterial, que não apresentam resultados tão



consistentes quanto os encontrados para saúde mental. A variedade de grupos que apresentou associações condicionais (por exemplo, homens, mulheres, brancos, negros) demonstra inexistência de um padrão claro. Essas associações condicionais isoladas, e em poucos estudos, indica que a discriminação autorrelatada se aplica mais às populações em geral do que a subgrupos específicos.

Os trabalhos revisados aferiram discriminação autorrelatada, uma forma subjetiva de avaliação. Como observou Meyer<sup>53</sup>, esta maneira de medir eventos discriminatórios, em contraste com formas objetivas de aferição, apresenta uma limitação importante – diversos fatores influenciam a percepção, ou seja, o modo como o indivíduo avalia o evento, e o relato desses eventos. Este autor teoriza que indivíduos de grupos minoritários, que são motivados a detectar a discriminação por autoproteção, também são motivados a ignorá-la para preservar as relações sociais e a satisfação com a vida. Portanto, poder-se-ia inferir que indivíduos mais saudáveis utilizam estratégias que os levam a subestimar os eventos discriminatórios. Esta limitação de aferição da exposição é ainda mais preocupante, quando examinada em conjunto com desfechos de saúde mental, devido a um viés de atenuação do impacto detectado da discriminação percebida sobre a saúde.

Reconhecemos como limitação deste trabalho que a consulta a uma única base de dados tem o potencial de ignorar outros artigos relevantes à temática. Como diferencial das revisões de literatura prévias, expusemos de maneira clara e objetiva os resultados de associação dos estudos revisados, facilitando sua visualização e compreensão. Estudos futuros poderiam objetivar a utilização de desenhos longitudinais, a padronização da classificação quanto à orientação sexual dos participantes, a utilização de instrumentos de aferição previamente avaliados quanto às características psicométricas, e a aplicação de referencial teórico específico para interpretar os resultados encontrados.

Esta revisão evidenciou que, apesar de diversos aspectos metodológicos e de embasamento teórico dos estudos epidemiológicos sobre esse assunto permanecerem passíveis de discussão, os resultados daqueles publicados após a última revisão da literatura sobre discriminação e saúde mental apontaram na mesma direção, e permitem afirmar que as experiências discriminatórias se associam positiva e consistentemente com desfechos adversos de saúde mental.

## TABELAS

**Tabela 1.** Características bibliográficas dos trabalhos incluídos na revisão de literatura.  
Base bibliográfica PubMed, 2011.

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ano de publicação		
2000-1	2	5,9
2002-3	-	-
2004-5	5	14,7
2006-7	8	23,5
2008-9	8	23,5
2010	11	32,4
Autores por publicação		
≤3	13	38,2
4-6	18	52,9
≥7	3	8,8
Periódico de publicação		
<i>Journal of Youth &amp; Adolescence</i>	3	8,8
<i>American Journal of Public Health</i>	3	8,8
<i>Journal of Health &amp; Social Behavior</i>	3	8,8
<i>Journal of Counseling Psychology</i>	2	5,9
<i>Journal of Personality &amp; Social Psychology</i>	2	5,9
<i>Women's Health Issues</i>	2	5,9
Demais periódicos com um artigo cada	19	55,9
País de origem do estudo		
Estados Unidos da América	32	94,1
Holanda	1	2,9
México	1	2,9
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 2.** Características metodológicas dos estudos incluídos na revisão de literatura. Base bibliográfica PubMed, 2011.

<b>Característica</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Tipo de estudo		
Transversal	28	82,4
Coorte	6	17,6
Forma de seleção dos participantes		
Conveniência	23	67,6
Amostragem estratificada	6	17,6
Amostragem complexa	4	11,8
Não descrita	1	2,9
Tamanho de amostra		
≤100	1	2,9
101 a 200	3	8,8
201 a 1000	13	38,2
1001 a 34653	17	50,0
Sexo dos participantes		
Feminino	3	8,8
Masculino	1	2,9
Ambos	30	88,2
Faixa etária dos participantes (anos) <sup>a</sup>		
Crianças (6-12)	1	3,7
Crianças e adolescentes (6-18)	2	7,4
Crianças, adolescentes, adultos e idosos (6+)	2	7,4
Crianças, adolescentes e adultos (6-65)	3	11,1
Adolescentes (13-18)	3	11,1
Adolescentes e adultos (13-64)	12	44,4
Adolescentes, adultos e idosos (13+)	2	7,4
Adultos (19-64)	1	3,7
Adultos e idosos (19+)	1	3,7
Classificação etnicorracial dos participantes <sup>b</sup>		
Negros	7	21,2
Latinos	4	12,1
Indígenas	2	6,1
Mexicanos	2	6,1
Filipinos	1	3,0
Somalianos	1	3,0
Múltiplos grupos etnicorraciais <sup>c</sup>	16	48,5
Orientação sexual dos participantes <sup>d</sup>		
Heterossexual, principalmente heterossexual, bissexual, principalmente homossexual, homossexual, gay ou lésbica	1	33,3
Bissexual/homossexual, bissexual/heterossexual e homossexual	1	33,3
Heterossexual, gay ou lésbica, bissexual e transgênero	1	33,4
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

<sup>a</sup>Informação não disponível para sete estudos.

<sup>b</sup>Informação não disponível para um estudo.

<sup>c</sup>Esta categoria inclui trabalhos com (a) brancos, negros, hispânicos, asiáticos, originários do oriente médio e outros, (b) hispânicos, negros nascidos nos Estados Unidos e originários do sudeste asiático, (c) filipinos, indígenas originários da Ásia, vietnamitas, coreanos, japoneses e multirraciais, (d) brancos, negros, asiáticos, (e) negros, brancos, latinos e asiáticos, (f) negros, chineses, hispânicos e brancos, (g) do Marrocos, de outros países não-ocidentais, das Antilhas Holandesas, do Suriname, da Turquia e de países

ocidentais, (h) chineses, filipinos, vietnamitas, de outros países asiáticos e multirraciais, (i) brancos, hispânicos, negros e outros, (j) negros, latinos/mexicanos e brancos, (l) brancos, negros, indígenas americanos, asiáticos/originários das Ilhas do Pacífico e hispânicos, (m) brancos e negros, (n) Indígenas americanos, originários do sudeste asiático, negros nascidos nos Estados Unidos, negros nascidos na África, hispânicos e brancos.

<sup>d</sup>Informação não disponível para 31 estudos.

**Tabela 3.** Métodos e instrumentos para aferição das experiências discriminatórias nos trabalhos incluídos na revisão de literatura. Base bibliográfica PubMed, 2011.

Trabalhos que utilizaram, pelo menos, um instrumento para avaliar experiências discriminatórias – informações sobre o instrumento			Trabalhos que utilizaram dois instrumentos para avaliar experiências discriminatórias, simultaneamente – informações sobre o segundo instrumento			Trabalhos que utilizaram três instrumentos para avaliar experiências discriminatórias, simultaneamente – informações sobre o terceiro instrumento		
Métodos e instrumentos	N	%	Métodos e instrumentos	N	%	Métodos e instrumentos	N	%
Escala para aferição da discriminação			Escala para aferição da discriminação			Escala para aferição da discriminação		
<i>Experiences of discrimination</i>	6	17,6	<i>Everyday discrimination scale</i>	1	33,3	Escala de racismo	1	100,0
<i>Schedule of racist events</i>	3	8,8	Escala de racismo	1	33,3	-	-	-
<i>Everyday discrimination scale</i>	2	5,9	<i>Unfair events scale</i>	1	33,4	-	-	-
<i>Schedule of sexist events</i>	2	5,9	-	-	-	-	-	-
<i>Racism and life experiences scale</i>	1	2,9	-	-	-	-	-	-
Outras escalas	11	32,4	-	-	-	-	-	-
Não foi utilizada escala	9	26,5	-	-	-	-	-	-
Tipo de discriminação avaliada			Tipo de discriminação avaliada			Tipo de discriminação avaliada		
Etnicorracial	25	73,5	Etnicorracial	2	66,7	Etnicorracial	1	100,0
Orientação sexual	4	11,8	Etnicorracial, orientação sexual e gênero, tempo de encarceramento, idade, uso de drogas e pobreza	1	33,3	-	-	-
Gênero	2	5,9	-	-	-	-	-	-
Etnicorracial, orientação sexual e gênero, tempo de encarceramento, idade, uso de drogas e pobreza	2	5,9	-	-	-	-	-	-
Não informada	1	2,9	-	-	-	-	-	-
Exposição cumulativa à discriminação			Exposição cumulativa à discriminação			Exposição cumulativa à discriminação		
Ao longo da vida	8	23,5	Ao longo da vida	1	33,3	Durante a juventude, na vida adulta	1	100,0
Crônica diária	4	11,8	Durante a juventude, na vida adulta	1	33,3	-	-	-
No último ano	4	11,8	Não informada	1	33,4	-	-	-
Nos últimos três meses	1	2,9	-	-	-	-	-	-
Outras exposições	7	20,6	-	-	-	-	-	-
Não informada	10	29,4	-	-	-	-	-	-
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>100,0</b>	<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>100,0</b>

**Tabela 4.** Resultados da associação entre experiências discriminatórias e desfechos de saúde mental nos trabalhos incluídos na revisão de literatura. Base bibliográfica PubMed, 2011.

Desfecho	Associação global <sup>a</sup>		Associação condicional <sup>b</sup>		Estratos populacionais em que foi observada associação condicional <sup>b</sup>	Sem associação	Total
	Positiva (% e.s. <sup>c</sup> )	Negativa (% e.s. <sup>c</sup> )	Positiva (% e.s. <sup>c</sup> )	Negativa (% e.s. <sup>c</sup> )			
Ansiedade <sup>d</sup>	4 (75,0)	- (-)	1 (100,0)	- (-)	Mulheres	-	5
Uso de substâncias <sup>e</sup>	17 (94,1)	1 (100,0)	1 (100,0)	- (-)	Brancos	2	21
Transtornos associados ao uso de álcool <sup>f</sup>	7 (85,7)	- (-)	4 (100,0)	- (-)	Hispanicos; negros nascidos na África; negros	2	13
Depressão e transtornos associados <sup>g</sup>	11 (100,0)	- (-)	2 (100,0)	- (-)	Homens	-	13
Sintomas de estresse pós-traumático	4 (100,0)	- (-)	- (-)	- (-)	-	-	4
Transtornos psicóticos	1 (100,0)	- (-)	- (-)	- (-)	-	-	1
Saúde mental geral	- (-)	1 (100,0)	- (-)	- (-)	-	-	1
Tabagismo <sup>h</sup>	5 (100,0)	- (-)	2 (100,0)	- (-)	Originários do Sudeste Asiático; negros; brancos	-	7
Transtornos mentais comuns	1 (100,0)	- (-)	- (-)	- (-)	-	-	1
<b>Total</b>	<b>50 (96,0)</b>	<b>2 (100,0)</b>	<b>10 (100,0)</b>	<b>- (-)</b>	<b>-</b>	<b>4</b>	<b>66</b>

<sup>a</sup>Associação global consiste naquela observada em todo o conjunto dos indivíduos investigados, não restrita a estratos específicos.

<sup>b</sup>Associação condicional corresponde à associação verificada apenas em grupos específicos da população em estudo.

<sup>c</sup>Proporção das associações, que foram estatisticamente significativas (valor de probabilidade <0,05).

<sup>d</sup>Inclui sintomas de ansiedade, problemas de internalização (problema de ansiedade, problema de ansiedade-depressão).

<sup>e</sup>Inclui consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas, uso de drogas ilícitas, uso de maconha, uso de cocaína, uso de crack, uso de anfetamina, uso de heroína, uso de substâncias controladas, uso precoce de maconha.

<sup>f</sup>Inclui dependência ao álcool, consumo excessivo de álcool (*binge drinking* e *heavy drinking*), consumo de álcool por número de dias nos últimos 30 dias, consumo de álcool no último ano, abuso de álcool nos últimos 12 meses.

<sup>g</sup>Inclui sintomas depressivos, automutilação, ideação suicida, tentativa de suicídio.

<sup>h</sup>Inclui número de cigarros fumados por dia.

## REFERÊNCIAS

1. Pettigrew TF, Taylor MC. Discrimination. Borgatta EF, Montgomery RJV, editors. *Encyclopedia of Sociology*. 2 ed. New York: Macmillian Reference; 2000. p. 3481.
2. Law I. Discrimination. Ritzer G, editor. *Blackwell Encyclopedia of Sociology*. Oxford: Blackwell; 2007.
3. Lemert C. Discrimination. Turner BS, editor. *Cambridge Dictionary of Sociology*. Cambridge: Cambridge University Press; 2006. p. 708.
4. Mallick K. Individual discrimination. In: Magill FN, organizadores. *International Encyclopedia of Sociology*. London: Fitzroy Dearborn Publishers; 1995. p. 373-377
5. Krieger N. Discrimination and health. In: Berkman LF, Kawachi I, organizadores. *Social epidemiology*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 36-75
6. McKenzie K. Tackling the root cause. There are clear links between racism and the higher rates of mental illness among ethnic minority groups. *Ment Health Today* 2004;30-2.
7. Williams DR, Neighbors HW, Jackson JS. Racial/ethnic discrimination and health: findings from community studies. *Am J Public Health* 2003; 93:200-8.
8. Williams DR, Williams-Morris R. Racism and mental health: the African American experience. *Ethn Health* 2000; 5:243-68.
9. Paradies Y. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *Int J Epidemiol* 2006; 35:888-901.
10. Keyes CL. The Black-White paradox in health: flourishing in the face of social inequality and discrimination. *J Pers* 2009; 77:1677-706.
11. Pachter LM, Coll CG. Racism and child health: a review of the literature and future directions. *J Dev Behav Pediatr* 2009; 30:255-63.
12. Pascoe EA, Smart Richman L. Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychol Bull* 2009; 135:531-54.
13. Williams DR, Mohammed SA. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* 2009; 32:20-47.

14. Veling W, Selten JP, Susser E, Laan W, Mackenbach JP, Hoek HW. Discrimination and the incidence of psychotic disorders among ethnic minorities in The Netherlands. *Int J Epidemiol* 2007; 36:761-8.
15. Almeida J, Johnson RM, Corliss HL, Molnar BE, Azrael D. Emotional distress among LGBT youth: the influence of perceived discrimination based on sexual orientation. *J Youth Adolesc* 2009; 38:1001-14.
16. Banks KH, Kohn-Wood LP, Spencer M. An examination of the African American experience of everyday discrimination and symptoms of psychological distress. *Community Ment Health J* 2006; 42:555-70.
17. Berg SH. Everyday sexism and posttraumatic stress disorder in women: a correlational study. *Violence Against Women* 2006; 12:970-88.
18. Borrell LN, Jacobs DR, Jr., Williams DR, Pletcher MJ, Houston TK, Kiefe CI. Self-reported racial discrimination and substance use in the Coronary Artery Risk Development in Adults Study. *Am J Epidemiol* 2007; 166:1068-79.
19. Borrell LN, Roux AV, Jacobs DR, Jr., Shea S, Jackson SA, Shrager S, et al. Perceived racial/ethnic discrimination, smoking and alcohol consumption in the Multi-Ethnic Study of Atherosclerosis (MESA). *Prev Med* 2010; 51:307-12.
20. Buchanan RL, Smokowski PR. Pathways from acculturation stress to substance use among latino adolescents. *Subst Use Misuse* 2009; 44:740-62.
21. Burgess D, Tran A, Lee R, van Ryn M. Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *J LGBT Health Res* 2007; 3:1-14.
22. Canady RB, Bullen BL, Holzman C, Broman C, Tian Y. Discrimination and symptoms of depression in pregnancy among African American and White women. *Womens Health Issues* 2008; 18:292-300.
23. Chae DH, Takeuchi DT, Barbeau EM, Bennett GG, Lindsey JC, Stoddard AM, et al. Alcohol disorders among Asian Americans: associations with unfair treatment, racial/ethnic discrimination, and ethnic identification (the national Latino and Asian Americans study, 2002-2003). *J Epidemiol Community Health* 2008; 62:973-9.



24. Ellis BH, MacDonald HZ, Lincoln AK, Cabral HJ. Mental health of Somali adolescent refugees: the role of trauma, stress, and perceived discrimination. *J Consult Clin Psychol* 2008; 76:184-93.
25. Finch BK, Kolody B, Vega WA. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *J Health Soc Behav* 2000; 41:295-313.
26. Flores E, Tschann JM, Dimas JM, Pasch LA, de Groat CL. Perceived racial/ethnic discrimination, posttraumatic stress symptoms, and health risk behaviors among Mexican American adolescents. *J Couns Psychol* 2010; 57:264-73.
27. Gaylord-Harden NK, Cunningham JA. The impact of racial discrimination and coping strategies on internalizing symptoms in African American youth. *J Youth Adolesc* 2009; 38:532-43.
28. Gee GC, Delva J, Takeuchi DT. Relationships between self-reported unfair treatment and prescription medication use, illicit drug use, and alcohol dependence among Filipino Americans. *Am J Public Health* 2007; 97:933-40.
29. Gibbons FX, Etcheverry PE, Stock ML, Gerrard M, Weng CY, Kiviniemi M, et al. Exploring the link between racial discrimination and substance use: what mediates? What buffers? *J Pers Soc Psychol* 2010; 99:785-801.
30. Gibbons FX, Gerrard M, Cleveland MJ, Wills TA, Brody G. Perceived discrimination and substance use in African American parents and their children: a panel study. *J Pers Soc Psychol* 2004; 86:517-29.
31. Gibbons FX, Yeh HC, Gerrard M, Cleveland MJ, Cutrona C, Simons RL, et al. Early experience with racial discrimination and conduct disorder as predictors of subsequent drug use: a critical period hypothesis. *Drug Alcohol Depend* 2007; 88 Suppl 1:S27-37.
32. Khaylis A, Waelde LC, Bruce EJ. The role of ethnic identity in the relationship of race-related stress to PTSD symptoms among young adults. *J Trauma Dissociation* 2007; 8:91-105.
33. Kulis S, Marsiglia FF, Nieri T. Perceived ethnic discrimination versus acculturation stress: influences on substance use among Latino youth in the Southwest. *J Health Soc Behav* 2009; 50:443-59.

34. Lambert SF, Herman KC, Bynum MS, Ialongo NS. Perceptions of racism and depressive symptoms in African American adolescents: the role of perceived academic and social control. *J Youth Adolesc* 2009; 38:519-31.
35. Les Whitbeck B, Chen X, Hoyt DR, Adams GW. Discrimination, historical loss and enculturation: culturally specific risk and resiliency factors for alcohol abuse among American Indians. *J Stud Alcohol* 2004; 65:409-18.
36. McCabe SE, Bostwick WB, Hughes TL, West BT, Boyd CJ. The relationship between discrimination and substance use disorders among lesbian, gay, and bisexual adults in the United States. *Am J Public Health* 2010; 100:1946-52.
37. Okamoto J, Ritt-Olson A, Soto D, Baezconde-Garbanati L, Unger JB. Perceived discrimination and substance use among Latino adolescents. *Am J Health Behav* 2009; 33:718-27.
38. Ortiz-Hernandez L, Garcia Torres MI. [Effects of violence and discrimination on the mental health of bisexuals, lesbians, and gays in Mexico City]. *Cad Saude Publica* 2005; 21:913-25.
39. Pieterse AL, Carter RT, Evans SA, Walter RA. An exploratory examination of the associations among racial and ethnic discrimination, racial climate, and trauma-related symptoms in a college student population. *J Couns Psychol* 2010; 57:255-63.
40. Potochnick SR, Perreira KM. Depression and anxiety among first-generation immigrant Latino youth: key correlates and implications for future research. *J Nerv Ment Dis* 2010; 198:470-7.
41. Ro A, Choi KH. Effects of gender discrimination and reported stress on drug use among racially/ethnically diverse women in Northern California. *Womens Health Issues* 2010; 20:211-8.
42. Tran AG, Lee RM, Burgess DJ. Perceived discrimination and substance use in Hispanic/Latino, African-born Black, and Southeast Asian immigrants. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2010; 16:226-36.
43. Whitbeck LB, Hoyt DR, McMorris BJ, Chen X, Stubben JD. Perceived discrimination and early substance abuse among American Indian children. *J Health Soc Behav* 2001; 42:405-24.

44. Wong CF, Weiss G, Ayala G, Kipke MD. Harassment, discrimination, violence, and illicit drug use among young men who have sex with men. *AIDS Educ Prev* 2010; 22:286-98.
45. Yoo HC, Gee GC, Lowthrop CK, Robertson J. Self-reported racial discrimination and substance use among Asian Americans in Arizona. *J Immigr Minor Health* 2010; 12:683-90.
46. Young M, Stuber J, Ahern J, Galea S. Interpersonal discrimination and the health of illicit drug users. *Am J Drug Alcohol Abuse* 2005; 31:371-91.
47. Bennett GG, Wolin KY, Robinson EL, Fowler S, Edwards CL. Perceived racial/ethnic harassment and tobacco use among African American young adults. *Am J Public Health* 2005; 95:238-40.
48. Carter RT. Racism and psychological and emotional injury: recognizing and assessing race-based traumatic stress. *Couns Psychol* 2007; 35:13-105.
49. Krieger N, Sidney S. Racial discrimination and blood pressure: the CARDIA Study of young black and white adults. *Am J Public Health* 1996; 86:1370-8.
50. Krieger N, Smith K, Naishadham D, Hartman C, Barbeau EM. Experiences of discrimination: validity and reliability of a self-report measure for population health research on racism and health. *Soc Sci Med* 2005; 61:1576-96.
51. Conde E, Gorman DM. Krieger's conceptualization and measurement of discrimination and internalized oppression in studies of adverse health outcomes. *GeoJournal* 2009:131-142.
52. Landrine H, Klonoff EA. The Schedule of Racist Events: A Measure of Racial Discrimination and a Study of Its Negative Physical and Mental Health Consequences. *J Black Psychol* 1996; 22:25.
53. Meyer IH. Prejudice as stress: conceptual and measurement problems. *Am J Public Health* 2003; 93:262-5.

## APÊNDICE

### Ficha para análise de artigos científicos sobre discriminação e saúde

Legenda:

0= NÃO

1= SIM

8 / 88 / 888/ 8888= NÃO SE APLICA

99 / 999= DADO INDISPONÍVEL/ NÃO

ESPECIFICADO

Prefixos dos códigos:

A – Artigo

E – Estudo

P – População

M – Métodos

R – Resultados

<b>1</b>	Número de identificação do artigo:  _ _ _	ANUM __ _ _
<b>2</b>	Sobrenome do primeiro autor: _____	ASOBREN _____
<b>3</b>	Instituição (registrar apenas a instituição do primeiro autor): _____	AINST _____
<b>4</b>	Ano de publicação (com quatro dígitos, e.g. 1999):  _ _ _	AANOP __ _ _
<b>5</b>	Quantos são os autores?  _ _	AAUT __ _
<b>6</b>	<p>Periódico em que foi publicado:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. ( ) AIDS Educ Prev</li> <li>2. ( ) Am J Drug Alcohol Abuse</li> <li>3. ( ) Am J Epidemiol</li> <li>4. ( ) Am J Hypertens</li> <li>5. ( ) Am J Public Health</li> <li>6. ( ) Ann Behav Med</li> <li>7. ( ) Cad Saude Publica</li> <li>8. ( ) Community Ment Health J</li> <li>9. ( ) Cultur Divers Ethnic Minor Psychol</li> <li>10. ( ) Drug Alcohol Depend</li> <li>11. ( ) Ethn Dis</li> <li>12. ( ) Health Psychol</li> <li>13. ( ) Int J Epidemiol</li> <li>14. ( ) J Am Acad Psychiatry Law</li> <li>15. ( ) J Anxiety Disord</li> <li>16. ( ) J Behav Med</li> <li>17. ( ) J Consult Clin Psychol</li> <li>18. ( ) J Couns Psychol</li> <li>19. ( ) J Epidemiol Community Health</li> <li>20. ( ) J Health Soc Behav</li> <li>21. ( ) J Immigr Minor Health</li> <li>22. ( ) J LGBT Health Res</li> <li>23. ( ) J Nerv Ment Dis</li> <li>24. ( ) J Pers Soc Psychol</li> <li>25. ( ) J Stud Alcohol</li> <li>26. ( ) J Trauma Dissociation</li> <li>27. ( ) J Youth Adolesc.</li> <li>28. ( ) Prev Med</li> <li>29. ( ) Psychol Bull</li> <li>30. ( ) Psychosom Med</li> <li>31. ( ) Subst Use Misuse</li> <li>32. ( ) Violence Against Women</li> <li>33. ( ) Womens Health Issues</li> <li>34. ( ) Outro.</li> </ol> <p>Especifique: _____</p>	APERIOD __ _

<b>7</b>	País onde foi realizado o estudo: 1. ( ) Estados Unidos 2. ( ) Canadá 3. ( ) Inglaterra 4. ( ) Austrália 5. ( ) Nova Zelândia 6. ( ) Outro. Especifique: _____	EPAISP __
<b>8</b>	Tipo de estudo: 1. ( ) Transversal 2. ( ) Coorte 3. ( ) Caso-controle 4. ( ) Ecológico 5. ( ) Outro. Especifique: _____	ETIPO __
<b>9</b>	Forma de seleção dos participantes: Não-probabilística 1. ( ) Por conveniência Probabilística 21. ( ) Amostra casual simples 22. ( ) Estratificada 23. ( ) Conglomerados / Complexa 3. ( ) Censo 9. ( ) Não especificado	EAMOST __ __
<b>10</b>	Qual é o tamanho da amostra?  _ _ _ _ _  participantes	ETAM _ _ _ _ _
<b>11</b>	Caracterização etnicorracial: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____	PER 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____
<b>12</b>	Caracterização pela orientação sexual: 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____	POSEX 1 _____ 2 _____ 3 _____ 4 _____ 5 _____ 6 _____ 7 _____ 8 _____ 9 _____ 10 _____
<b>13</b>	Sexo: 1. ( ) Apenas homens 2. ( ) Apenas mulheres 3. ( ) Homens e mulheres 9. ( ) Não especificado	PSEXO __
<b>14</b>	Faixa etária: 1. Idade MÍNIMA dos participantes:  _ _ _ _  2. Idade MÁXIMA dos participantes:  _ _ _ _	PIDADEMI _ _ _ _ PIDADEMA _ _ _ _



17.Escala	18.A escala foi modificada?	19.Total de itens?	20. Tipo de discriminação	21.Modos de discriminação	22.Desfecho	23.Houve associação estatisticamente significativa?  (S/N)	24. Direcionamento da associação	25.Associação condicional? (S/N)	26.Condicional para qual(is) grupo(s)?
ESCALA 1 ( ) Outra: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	MOD 1  S ( ) N ( )	NIT 1  _ _	TIPD 1 ( )  1. ( ) Etnicorracial 2. ( ) Orientação sexual 3. ( ) Gênero 4.( ) Outros. Especifique: _____ _____	MODD 1 ( ) Outro: _____ _____ _____ _____	DESF 1 ( ) _____ _____ _____ _____	ASSOC 1  S ( ) N ( )	DIRAS1  1.( ) Positiva 2.( ) Negativa  9.( ) Sem associação	COND 1  S ( ) N ( )	CONGR 1 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
ESCALA 2 ( ) Outra: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	MOD 2  S ( ) N ( )	NIT 2  _ _	TIPD 2 ( )  1. ( ) Etnicorracial 2. ( ) Orientação sexual 3. ( ) Gênero 4.( ) Outros. Especifique: _____ _____	MODD 2 ( ) Outro: _____ _____ _____ _____	NÃO PREENCHER. PARA OUTRO DESFECHO, UTILIZE NOVA FICHA	ASSOC 2  S ( ) N ( )	DIRAS1  1.( ) Positiva 2.( ) Negativa  9.( ) Sem associação	COND 2  S ( ) N ( )	CONGR 2 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____
ESCALA 3 ( ) Outra: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	MOD 3  S ( ) N ( )	NIT 3  _ _	TIPD 1 ( )  1. ( ) Etnicorracial 2. ( ) Orientação sexual 3. ( ) Gênero 4.( ) Outros. Especifique: _____ _____	MODD 3 ( ) Outro: _____ _____ _____ _____		ASSOC 3  S ( ) N ( )	DIRAS1  1.( ) Positiva 2.( ) Negativa  9.( ) Sem associação	COND 3  S ( ) N ( )	CONGR 3 _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____

Legendas para tabela (itens 17 a 24)

Lista de escalas:

1. Adolescent Discrimination Distress Index
2. Asian American Racism-Related Stress Inventory
3. Detroit Area Study Discrimination Scale
4. Everyday Discrimination Scale
5. Experiences of Discrimination
6. General Ethnic Discrimination Scale
7. Index of Race-Related Stress – Brief Version
8. Index of Race-Related Stress for African American Adolescents
9. Index of Race-Related Stress
10. Measure of Indigenous Racism Experiences
11. Minority Student Stress Scale
12. Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire/ Brief Version
13. Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire/ Community Version
14. Perceived Ethnic Discrimination Questionnaire
15. Perceived Racism Scale for Latina/os
16. Perceived Racism Scale
17. Perceptions of Racism Scale
18. Race-Related Stressor Scale for Asian American Vietnam Veterans
19. Racial Perceptions Inventory
20. Scale for the Effects of Ethnicity and Discrimination
21. Scale of Ethnic Experience
22. Schedule of Racist Events
23. Telephone-Administered Perceived Racism Scale
24. Workplace Prejudice/ Discrimination Inventory
25. Outras. Qual?
88. Nenhuma escala previamente elaborada foi utilizada.

Modo da discriminação mensurada:

1. Discriminação vivenciada durante a vida
2. Discriminação crônica diária
3. Experiência discriminatória aguda
4. Discriminação vivenciada pelo participante ou familiares
5. Discriminação vivenciada no último ano
6. Discriminação vivenciada nos últimos 6 meses
7. Discriminação vivenciada nos últimos 3 meses
8. Outro (especifique)
99. Dado indisponível

Desfechos analisados:

1. Aumento da pressão arterial sistólica
2. Aumento da pressão arterial diastólica
3. Aumento da variabilidade da pressão arterial
4. Aumento da PA sistólica ambulatorial diurna
5. Aumento da PA diastólica ambulatorial diurna
6. Aumento (ou menor redução) da PA sistólica ambulatorial noturna
7. Aumento (ou menor redução) da PA diastólica ambulatorial noturna
8. Hipertensão
9. Depressão
10. Sintomas depressivos
11. Ansiedade generalizada
12. Estresse psicológico
13. Consumo de álcool, tabaco e/ou drogas ilícitas
14. Felicidade
15. Satisfação com a vida
16. Dependência ao álcool
17. Tabagismo
18. Abuso de drogas ilícitas
19. Outros. Quais?



## ANEXO

### Normas da revista para publicação



ISSN 1516-4446 versão  
impressa  
ISSN 1809-452X versão online

#### Escopo e política

A **Revista Brasileira de Psiquiatria** (RBP) – ISSN 1516-4446 – é uma publicação trimestral da Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP), com a finalidade publicar trabalhos originais de todas as áreas da psiquiatria, com ênfase às áreas de saúde pública, epidemiologia clínica, ciências básicas e problemas de saúde mental relevantes em nosso meio. Além dos números regulares, a RBP publica dois suplementos anuais, voltados principalmente à atualização clínica. Na seleção dos artigos para publicação, avaliam-se a originalidade, a relevância do tema e a qualidade da metodologia científica utilizada, além da adequação às normas editoriais adotadas pela revista. Todos os artigos publicados serão revisados por pareceristas anônimos. A decisão sobre a aceitação do artigo para publicação ocorrerá, sempre que possível, no prazo de três meses a partir da data de seu recebimento. O conteúdo do material enviado para publicação na RBP não poderá ter sido publicado anteriormente, nem submetido para publicação em outras revistas. Para serem publicados em outras revistas, ainda que parcialmente, necessitarão de aprovação por escrito dos Editores. Os conceitos e declarações contidos nos trabalhos são de total responsabilidade dos autores. Artigos de revisão, atualização ou cartas devem ser redigidos em inglês, português ou espanhol. Artigos originais e comunicações breves devem ser redigidos apenas em inglês. O artigo deve se enquadrar em uma das diferentes categorias de artigos da revista.

São aceitos para publicação:

[...]

**Artigos de revisão:** preferencialmente solicitados pelos Editores a especialistas da área. Submissões serão bem-vindas mediante consulta prévia aos Editores com apresentação do tema e resumo (*abstract*). Esses artigos são avaliações sistemáticas, críticas, das fontes da literatura e dos dados, destinando-se a englobar e avaliar criticamente os conhecimentos disponíveis sobre determinado tema, comentando trabalhos de outros autores. A estratégia de busca e o processo de seleção devem ser descritos em detalhes no artigo, inclusive uma descrição dos critérios de inclusão/exclusão; devem ter até 6.000 palavras, excluindo-se tabelas, figuras e referências. A soma de tabelas e figuras não deve ultrapassar o total de 6 (seis). Não há limite para o número de referências bibliográficas. O texto do artigo deve conter Introdução, Método, Discussão, Conclusão e outras subdivisões, se necessárias (Ex: "Quadro clínico", "Tratamento"). Esses artigos devem apresentar

resumo estruturado com no máximo 200 palavras e subdivisões obedecendo a apresentação formal do artigo: Objetivo (*Objective*), Método (*Method*), Discussão (*Discussion*) e Conclusões (*Conclusions*).

[...]

A RBP segue as novas regras do Medline que requerem divulgar as informações sobre possíveis conflitos de interesse de cada autor e editor convidado dos suplementos. Deverão ser relatadas quaisquer atividades vinculadas a organizações comerciais de saúde mental nos últimos três anos.

As normas que se seguem foram baseadas no formato proposto pelo *International Committee of Medical Journal Editors* e publicado no artigo: *Uniform requirements for manuscripts submitted to biomedical journals*, que foi atualizado em outubro de 2004 e está disponível no endereço eletrônico <http://www.icmje.org/>.

- [...]

### **Requisitos técnicos**

Devem ser enviados:

a) arquivo word, digitado em espaço duplo, fonte tamanho 12, margem de 2,5 cm de cada lado, com páginas numeradas em algarismos arábicos, iniciando-se cada seção em uma nova página, na sequência: página de título, resumo e descritores, texto, agradecimentos, referências, tabelas e legendas - exclui-se imagens, que devem ser enviadas em formato jpg ou tiff;

b) permissão para reprodução do material;

c) carta assinada por todos os autores no termo em que se afirme o ineditismo do trabalho. A falta de assinatura será interpretada como desinteresse ou desaprovação à publicação determinando a exclusão editorial do nome dessa pessoa da relação de autores.

d) endereço completo do autor correspondente.

#### Modelo de Carta de Transferência de Direitos Autorais (permissão para reprodução do material)

"Eu/Nós... autor(es) do trabalho intitulado..., o qual submeto(emos) à apreciação da Revista Brasileira de Psiquiatria, concordo(amos) que os direitos autorais a ele referentes se tornarão propriedade exclusiva da Associação Brasileira de Psiquiatria, sendo vedada qualquer reprodução total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação impressa sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada por escrito e obtida junto à ABP. Data:... Assinatura:..."

### **Critérios de autoria**

Todas as pessoas designadas como autores devem ter participado suficientemente do trabalho para assumir responsabilidade pública pelo seu conteúdo. O crédito de autoria deve ser baseado somente em: 1) contribuições substanciais para concepção e delineamento, coleta de dados ou análise e interpretação de dados; 2) redação ou revisão crítica do artigo em relação ao conteúdo intelectualmente importante; 3) aprovação final da versão a ser publicada. A inclusão de um novo autor só será

permitida antes do recebimento do primeiro parecer e mediante uma carta assinada por todos os demais autores justificando a esta inclusão.

## Preparo do manuscrito

- **Página de identificação:** Deve conter: a) Título do artigo, em português (ou espanhol) e inglês, que deverá ser conciso, porém informativo; b) resumo do título do artigo com cerca de 40 caracteres para a vinheta de identificação (*running title*); c) nome completo de cada autor e afiliação institucional; d) nome do departamento e instituição aos quais o trabalho deve ser atribuído; e) nome, endereço, fax e e-mail do autor responsável e a quem deve ser encaminhada correspondência; f) fontes de auxílio à pesquisa (financiamento). Todo o apoio financeiro e material para a pesquisa e o trabalho deve ser clara e completamente identificado na tabela Financiamento e Conflitos de Interesse do manuscrito (logo abaixo). O papel específico da organização financiadora ou patrocinadora em cada um dos seguintes aspectos deve ser especificado: desenho e condução do estudo; coleta, gerenciamento e interpretação dos dados; e preparação, revisão ou aprovação do manuscrito; g) potenciais conflitos de interesse. Pode existir um conflito de interesse quando um autor – ou a instituição ou o empregador do autor – possui relações ou filiações financeiras ou pessoais que poderiam influenciar ou enviesar as decisões, trabalho ou artigo do autor. Solicita-se que todos os autores declarem todos os potenciais conflitos de interesse no formato da tabela Financiamento e Conflitos de Interesse (a seguir), incluindo interesses financeiros e relações e filiações específicas – além daquelas filiações listadas na página de título do artigo – relevantes para o assunto do seu artigo.

Membro do grupo de autores	Local de trabalho	Verba de pesquisa <sup>1</sup>	Outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada <sup>2</sup>	Honorários de palestrante	Participação acionária	Consultor/Conselho consultivo	Outro <sup>3</sup>
----------------------------	-------------------	--------------------------------	---	---------------------------	------------------------	-------------------------------	--------------------

\* *Modesto*

\*\* *Significativa*

\*\*\* *Significativa. Montantes fornecidos à instituição do autor ou a colega para pesquisa onde o autor tem participação, não diretamente ao autor.*

Esta tabela representa as relações dos membros do grupo de autores que podem ser percebidas como conflitos de interesse efetivos ou razoavelmente percebidos nos últimos três anos e no futuro previsível, especialmente os que estejam presentes no período em que a pesquisa foi desenvolvida e no período de sua publicação. Uma relação é considerada como "significativa" se (a) a pessoa recebe R\$ 15 mil ou mais durante um período de 12 meses ou montante igual a 5% ou mais da renda bruta da pessoa no mesmo período; ou (b) a pessoa possui participação acionária mesmo que sem direito a voto em empresa não apenas do ramo farmacêutico, mas qualquer uma que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia que possa estar associada a conflito de interesses. Uma relação é considerada como "modesta" se é menos do que "significativa" de acordo com a definição precedente. No caso de participação em mais de um nível para a mesma empresa (exemplo, honorários de palestra + participação em conselho consultivo), a definição de relação significativa baseia-se no somatório do montante recebido durante um período de 12 meses (considerar ambas as atuações como significativas, mesmo que o limiar de relação significativa só seja ultrapassado com o somatório dos montantes recebidos).

<sup>1</sup> Neste campo, incluir apoio à pesquisa proveniente de qualquer agência

financiadora, empresa do ramo farmacêutico, ou qualquer outra que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia ou posicionamento ideológico que possa estar associada a conflito de interesses, tanto com montantes pagos diretamente ao autor, ou com montantes pagos ao programa, departamento, ou organização não governamental (mesmo que sem fins lucrativos) no qual o autor esteja diretamente vinculado como parte com poder decisório (não incluir associações ou entidades de classe das quais o autor é membro, mas não participa da diretoria com poder decisório imediato). Incluir verba recebida por colega desde que o autor faça parte da pesquisa contemplada. A descrição de relação como modesta ou significativa segue as definições precedentes.

<sup>2</sup> Neste campo, incluir qualquer outro apoio à pesquisa ou educação médica continuada, seja de empresa do ramo farmacêutico, ou qualquer uma que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia ou posicionamento ideológico que possa estar associada a conflito de interesses gerando benefícios/bens doados **ao autor, ou** ao programa, departamento, ou organização não governamental (mesmo que sem fins lucrativos) aos quais o autor esteja diretamente vinculado como parte com poder decisório (não incluir associações ou entidades de classe das quais o autor é membro, mas não participa da diretoria com poder decisório imediato). A descrição de relação como modesta ou significativa segue as definições precedentes.

<sup>3</sup> Neste campo, incluir qualquer outro montante/benefício/bem de valor superior a R\$ 1 mil ganho diretamente pelo autor (exemplos incluem, mas não se restringem a estadias, passagens, alimentação) de empresa do ramo farmacêutico, ou qualquer uma que esteja ligada ao desenvolvimento de tecnologia ou posicionamento ideológico que possa estar associada a conflito de interesses. Incluir também montantes relacionados a copyright recebido por produção bibliográfica (livros, e-livros, e-learning, entre outros) que possam estar associados a conflito de interesse.

Os autores que não tenham conflitos de interesse, incluindo interesses financeiros, e relações e filiações específicas relevantes ao tema do seu artigo devem incluir o sinal --- em cada item da tabela.

Os autores devem fornecer informações detalhadas sobre todos os interesses e relações financeiras relevantes e conflitos ou relações financeiras nos últimos três anos e no futuro previsível, especialmente os que estejam presentes no período em que a pesquisa foi desenvolvida e no período de sua publicação.

- **Resumo e descritores:** A segunda página deve conter o resumo, em português (ou espanhol) e inglês, de não mais que 200 palavras para artigos originais, de revisão, comunicações breves e artigos de atualização. Deve ser estruturado, destacando os objetivos do estudo, métodos, principais resultados apresentando dados significativos e as conclusões. Abaixo do resumo, especificar 5 (cinco) descritores (palavras-chave) que definam o assunto do trabalho. Os descritores deverão ser escolhidos entre os disponíveis no sistema de submissão on-line (ScholarOne). Eles estão baseados nos DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) publicado pela Bireme, que é uma tradução do MeSH (*Medical Subject Headings*) da *National Library of Medicine* e disponível no endereço eletrônico: <http://decs.bvs.br>
- **Texto:** Deverá obedecer à estrutura exigida para cada categoria de artigo. Em todas as categorias a citação dos autores no texto deverá ser numérica e sequencial, utilizando algarismos arábicos entre parênteses e sobrescritos, evitando indicar o nome dos autores. Citações no texto e referências citadas em legendas de tabelas e figuras devem ser numeradas consecutivamente na ordem em que aparecem no texto, com algarismos arábicos (números índices). Deve-se incluir apenas o número

da referência, sem outras informações.

- **Tabelas:** Cada tabela deve ser enviada em folha separada. As tabelas devem ser numeradas consecutivamente, com algarismos arábicos, na ordem que foram citadas no texto e encabeçadas por um título apropriado. Devem ser citadas no texto, sem duplicação de informação. As tabelas, com seus títulos e rodapés, devem ser autoexplicativas. Tabelas provenientes de outras fontes devem citar as referências originais no rodapé. Só serão aceitas tabelas com tamanho máximo de uma página. Sempre que houver, o tamanho da amostra (n) deve vir no título da tabela. Os símbolos identificados nas notas de rodapé devem seguir o seguinte padrão: \*, \*\*, \*\*\*, †, ††, †††, ‡, ‡‡, ‡‡‡...
- **Figuras e gráficos:** As ilustrações (fotografias, gráficos, desenhos etc.) devem ser enviadas individualmente, em formato JPG (em alta resolução - 300 dpi). Devem ser numeradas consecutivamente com algarismos arábicos, na ordem em que foram citadas no texto e serem suficientemente claras para permitir sua reprodução. As legendas para as figuras deverão constar em página separada. Fotocópias não serão aceitas. Se houver figuras extraídas de outros trabalhos previamente publicados, os autores devem providenciar permissão, por escrito, para a sua reprodução. Esta autorização deve acompanhar os manuscritos submetidos à publicação.
- **Análise estatística:** Os autores devem demonstrar que os procedimentos estatísticos utilizados foram não somente apropriados para testar as hipóteses do estudo, mas também corretamente interpretados. Os níveis de significância estatística (ex.  $p < 0,05$ ;  $p < 0,01$ ;  $p < 0,001$ ) devem ser mencionados.
- **Abreviações:** As abreviações devem ser indicadas no texto no momento de sua primeira utilização. Em seguida, não se deve repetir o nome por extenso.
- **Nome de medicamentos:** Deve-se usar o nome genérico.
- **Agradecimentos:** Devem incluir a colaboração de pessoas, grupos ou instituições que merecem reconhecimento, mas que não têm justificadas suas inclusões como autoras; agradecimentos por apoio financeiro, auxílio técnico, etc.
- **Referências:** Devem ser numeradas consecutivamente, na mesma ordem em que foram citadas no texto e identificadas com números arábicos. A apresentação deverá estar baseada no formato denominado "*Vancouver Style*", conforme exemplos abaixo, e os títulos de periódicos deverão ser abreviados de acordo com o estilo apresentado pela *List of Journal Indexed in Index Medicus*, da *National Library of Medicine* e disponibilizados no endereço: <ftp://nlmpubs.nlm.nih.gov/online/journals/ljiweb.pdf>

Os autores devem certificar-se de que as referências citadas no texto constam da lista de referências com datas exatas e nomes de autores corretamente grafados. A exatidão das referências bibliográficas é de responsabilidade dos autores. Comunicações pessoais, trabalhos inéditos ou em andamento poderão ser citados quando absolutamente necessários, mas não devem ser incluídos na lista de referências bibliográficas; apenas citados no texto ou em nota de rodapé. A lista de referências deve seguir o modelo dos exemplos abaixo.

Para todas as referências, cite todos os autores, sempre.

[...]

Outros tipos de referência deverão seguir o documento *International Committe of Medical Journal Editors*(Grupo de Vancouver), disponível na Internet no site [www.icmje.org](http://www.icmje.org), October 2004.

### **Envio do manuscrito**

As submissões devem ser feitas on-line no endereço: <http://mc.manuscriptcentral.com/rbp>. É imprescindível que a permissão para reprodução do material e as cartas com a aprovação de um Comitê de Ética da Instituição onde foi realizado o trabalho – quando referente a intervenções (diagnósticas ou terapêuticas) em seres humanos – e aquela assinada por todos os autores em que se afirme o ineditismo do trabalho sejam enviadas por fax à RBP (fax número: 11 5579-6210).